

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO GOMES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00761

CONTA: 000000020936-8

---

Nr. da Autenticação BB5A01327DBA2554

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150312923      **Cidade:** Macau      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELO GOMES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 20/01/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA NO PÉ DIREITO COM FERIMENTO CORTO CONTUSO AO NIVEL DE HALUX DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** DIFICULDADE PARA EXTENSÃO DO HALUX A DIREITA, FERIMENTO NO HALUX ESTA CICATRIZADO E SEM SINAIS INFECIOSOS, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, SEM ATROFIA DE GRUPOS MUSCULARES DO PÉ DIREITO

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO SUTURA DE FERIMENTO AO NIVEL DO HALUX DIREITO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM HÁLUX DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/04/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Urai de Oliveira

**CRM do médico:** 4315

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		<b>Total</b>	<b>7,5 %</b>	<b>R\$ 1.012,50</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



**ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL ANTONIO FERRAZ  
AV. JOÃO VALENTIM DE ALMEIDA S/N - FONE: 3521-1416  
DADOS PESSOAIS DO PACIENTE**



## DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

NOME:	Marcos Henrique Souto	IDADE:	28
ENDERECO:	R. José Antônio, 40	SEXO:	M
DATA DE ATENDIMENTO:	26.01.15	RG:	-
NATURALIDADE:	-	CPF:	-
CARVÃO SUS:	-	HORÁRIO ENTRADA:	19:30
NOME DO RECEPCIONISTA:	Glaucine		

TRIAGE

#### SINALS VITAIS

卷之六

**TEMPERATURA:**

PESO:

### **CÁMARA PRINCIPAL**

## Acidente de Moto

## HISTÓRIA PREGRESSA

HAS ( ) CIRURGIA ( )  
 DM ( ) FRATURAS ( )  
 TP ( ) EPILEPSIA ( )  
 TV ( ) DSTs ( )

## HISTÓRICO FAMILIAR

HAS ( ) EPILEPSIA ( )  
DM ( ) CA ( )  
TP ( ) TABAGISTA ( )

## OBSERVAÇÃO CLÍNICA DO ENFERMEIRO

NAM

08 ABR. 2015

**NOME DO ENFERMEIRO**

PRIVATE

## **CONSULTA MÉDICA**

## **DIAGNÓSTICO PROVÁVEL**

TICO PROVÁVEL

## **PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

Poate recăsu  
medicările.

① Veltzeyer 75-204

Objectionable

## OUTRAS OBSERVACÕES MÉDICAS

**NOME DO MÉDICO:**

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Marcelo Gomes dos Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua João Amaral, S/N  
Valadao Macau RN CEP: 59500-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 002.630.678  
Data local do exame: [ 28/04/2015 ] Natal [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**ACIDENTE DE MOTO - TRAUMA NO PÉ DIREITO COM FERIMENTO CORTO CONTUSO AO NIVEL DE HALUX DIREITO.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

Sim       Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

Sim       Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*)

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**SOFREU ACIDENTE E FOI ATENDIDO EM HOSPITAL DE MACAU/RN ONDE FOI REALIZADO SUTURA DE FERIMENTO AO NIVEL DO HALUX DIREITO.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

Sim       Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**DIFÍCULDADE PARA EXTENSÃO DO HALUX A DIREITA, FERIMENTO NO HALUX ESTA CICATRIZADO E SEM SINAIS INFECIOSOS, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, SEM ATROFIA DE GRUPOS MUSCULARES DO PÉ DIREITO.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"       "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias      (*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*)

"Exame não permite conclusão"      (*Vide motivo do impedimento no campo das observações*)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**HALUX DIREITO**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

Total = "100% da IS"

- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

*Urai de Oliveira*

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

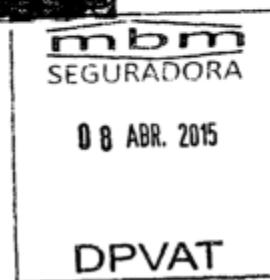
DR. URAI DE OLIVEIRA  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4315



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO 002.630.678 GERAL NOME:	DATA DE EXPEDIÇÃO <b>13/05/2008</b>
<b>MARCELO GOMES DOS SANTOS</b>	
Filho de: <b>FRANCISCO DAS CHAGAS DOS SANTOS</b> <b>MARIA MARTA DE SOUSA SANTOS</b>	
NAT. PELIGADE <b>MOSSORÓ RN</b>	DATA DE NASCIMENTO <b>04/08/1986</b>
DOC. DAINE CERT. DE NASCIMENTO L-A-118 F-222 RG-37803	
MOSSORÓ RN-2 CARTÓRIO	
CPF 075.083.084-09	
2a. VIA	
ASSINADO PELO VENDEDOR ABRIL 2008 BoaConsulta	



**CARTEIRA DE IDENTIDADE**





**Ministério da Fazenda**  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 075.083.084-09

Nome da Pessoa Física: MARCELO GOMES DOS SANTOS

Situação Cadastral: REGULAR

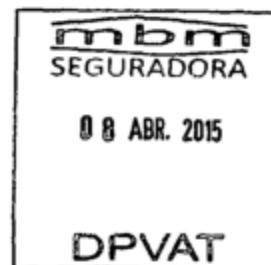
Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 09:28:21 do dia 06/04/2015 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 140A.D3CE.0A30.371F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2015

Carta n°: 6915018

A/C: MARCELO GOMES DOS SANTOS

Sinistro: 3150312923  
Vitima: MARCELO GOMES DOS SANTOS  
Data Acidente: 20/01/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCELO GOMES DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 104

Agência: 000000761

Conta: 000000020936-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 =	R\$	1.012,50
--	-----	----------

Multa:	R\$	0,00
--------	-----	------

Juros:	R\$	0,00
--------	-----	------

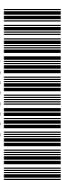
Total creditado:	R\$	1.012,50
------------------	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



---

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2015

Carta nº: 6826973

A/C: MARCELO GOMES DOS SANTOS

**Sinistro:** 3150312923  
**Vítima:** MARCELO GOMES DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 20/01/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Marcelo Gomes dos Santos, portador da carteira de identidade nº 002630678 e inscrito no CPF/MF sob o nº 075.083.084-09, residente e domiciliado na Rua Joca Amaral, nº 40, Valadares, Cidade Maceió, Estado Alagoas, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (  ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (  ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Marcelo Gomes dos Santos

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Maceió, 05/03/2015

Local e data







## POLÍCIA MILITAR DO RIO GRANDE DO NORTE

## RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA

(11) OPM

## I - DADOS REFERENTES A OCORRÊNCIA

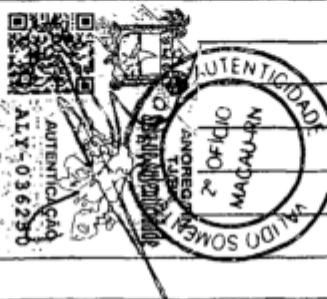
Nº R.O:	2 DATA:	3 VTR	4 PB	Barcode de Ocorrência 0001		
S. CÓDIGO	5 DESCRIÇÃO	6 HORA TRANS.		7 HORA LIG.	8 HORA FÉRMICO	
ENDERECO		PRA. JOÃO ANTONAL - N° 40		9 BAIRRO VILA ADÁU		

## II - DADOS REFERENTES AS PESSOAS ENVOLVIDAS NA OCORRÊNCIA

(10) ENVOLVIDO 1	<input type="checkbox"/> ACUSADO	NOME MARCELO GOMES DOS SANTOS			11 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	12 IDADE 28	13 ESTADO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C
	<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA	35 NATURALIDADE MOSORO - RN	IDENTIDADE 007.630.677	15 O. EXPEDIDOR SSP	16 PROFISSÃO CATADOR		
	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	ENDEREÇO RUA JOÃO ALMEIDA N° 40					
	<input type="checkbox"/>	PAI FRANCISCO DOS CHAGAS DOS SANTOS	MÃE MARIUS MARIA DE SOUSA SANTOS				
(17) ENVOLVIDO 2	<input type="checkbox"/> ACUSADO	NOME			18 SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	19 IDADE	20 ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> VÍTIMA	35 NATURALIDADE	IDENTIDADE	22 O. EXPEDIDOR	23 PROFISSÃO		
	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	ENDEREÇO					
	<input type="checkbox"/>	PAI	MÃE				
(24) ENVOLVIDO 3	<input type="checkbox"/> ACUSADO	NOME			25 SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	26 IDADE	27 ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> VÍTIMA	35 NATURALIDADE	IDENTIDADE	29 O. EXPEDIDOR	30 PROFISSÃO		
	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	ENDEREÇO					
	<input type="checkbox"/>	PAI	MÃE				
(31) ENVOLVIDO 4	<input type="checkbox"/> ACUSADO	NOME			32 SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	33 IDADE	34 ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> VÍTIMA	35 NATURALIDADE	IDENTIDADE	36 O. EXPEDIDOR	37 PROFISSÃO		
	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	ENDEREÇO					
	<input type="checkbox"/>	PAI	MÃE				

## III - HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

A Vítima Relata Que Vinha do Trabalho, Que, Já Próximo a sua Residência o mesmo Foi ATINGIDO DE FRENTES POR DUAS MOTOS, LEST SOU EM ATOS RELACIONE DE UM PRA. RUA QUE Fica Próximo a sua Residência, A MOTO ATINGIU A Vítima Em Cheio, Que, o mesmo Foi levado em um de seus braços, tendo um perfurado no pé.



ABM  
SEGURADORA

08 ABR. 2015

DPVAT

Nº POLÍCIA

ASSINATURA

## IV - DESCRIÇÃO DE RECIBO DOS MATERIAIS CUSTODIADOS / RECOLHIDOS

RECEBI AS PESSOAS CONCUDIDAS E MATERIAIS CUSTODIANOS NESTE RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA	DATA 01-01-15	MATRÍCULA 111.111-E-2	CARGO S/ P
NOME REGISTRO ELIEL PASCUA REITAS	ASSINATURA ELIEL PASCUA REITAS		

